Lane Medical Library

Über Geburten

nach

Vagino- und Vesicofixatio uteri.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medicin und Chirurgie,

welche

mit Genehmigung der hohen medizinischen Fakultät

der

vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

zugleich mit den Thesen

Freitag, den 29. Dezember 1899, Mittags 12 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Reinhold Barthel

approb. Arzt

aus Benkungen.

Referent: Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Fehling.**

Opponenten:

Herr Referendar **Edmund Oehler.**

Herr Cursist **Paul Kaiserling.**

Halle a. S.

Hofbuchdruckerei von C. A. Kaemmerer & Co.

1899.

Imprimatur

Prof. Dr. **J. Bernstein**

h. t. Decanus.

Meinem theuren Vater

in Dankbarkeit.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153703_0233

Zu den häufigeren Erkrankungen der Gebärmutter gehören unstreitig die Lageanomalien derselben und ihre daraus resultierenden Folgen. Eine pathologische Anteflexio oder -versio macht wohl selten hochgradige Beschwerden; zu einem umsoviel schlimmeren und bezüglich der Therapie undankbareren Leiden können hingegen die Retroflexionen werden. Man hat berechnet, dass ungefähr 20% aller Frauenkrankheiten Retroflexionen sind; wenn nun auch — und das muss mit Recht hervorgehoben werden — ca 90% einer erfolgreichen mechanischen Therapie d. h. einer Behandlung mit Pessar oder Massage zugänglich sind, so bleiben uns doch immerhin noch genug Fälle, bei denen eine Operation indicirt ist. Immer jedoch ist zu betonen, dass jeder zur Beseitigung von Rückwärtsbeugung der Gebärmutter und deren Beschwerden zu unternehmender Eingriff eine praecise Indicationsstellung verlangt. Es soll nie operirt werden, bevor nicht eine vorausgegangene längere Behandlung mit Pessar oder Massage sich erfolglos gezeigt hat. Wie gesagt mit der weitaus grössten Zahl der Fälle wird man mit der mechanischen Behandlungsmethode günstige Erfolge erzielen. Andererseits giebt es jedoch Fälle, die einer Pessartherapie trotzen, wozu namentlich die fixirten Retroflexionen und die mit Vorfall von Uterus oder Scheide complicirten gehören. Zudem kann bei Frauen der arbeitenden Klassen, denen bei der Arbeit ein Pessar unbequem ist, oftmals

die Operation indicirt sein. Zur Behandlung derartiger Fälle sind in den letzten Jahren zahlreiche Vorschläge gemacht worden.

Hauptsächlich kommen drei Operationsmethoden in Betracht, die Alexander-Adam'sche, die Ventrofixation, die Vaginofixation.

Was zunächst die erstere anlangt, so besteht dieselbe in einer Verkürzung der ligamenta rotunda uteri. Die Operation ist wohl geeignet, für eine gute Fixationsmethode zu gelten, da sie dem Uterus sowohl eine der physiologischen nahezu gleiche Lage giebt, als ihm auch seine normale Beweglichkeit lässt, ohne ihn irgendwo durch Adhäsionen zu fixiren, und da ihr auch die Gefahren der bei der gleich zu erwähnenden Ventrofixation des Uterus nötigen Laparotomie nicht anhaften. Doch hat man bei ihr weit häufiger als bei den anderen Fixationsmethoden Recidive namentlich nach Geburten beobachtet, so dass sie wohl kaum, wie einige wollen, als das Ideal der Befestigungsmethoden des retrovertirten Uterus aufgefasst werden kann.

Eine andere Methode, die Ventrofixation des retroflexirten Uterus, werde im Jahre 1886 von Olshausen angegeben. Derselbe empfahl, nachdem schon 1869 Köberle nach Castration die Ligaturstümpfe bei einer hartnäckigen Retroflexio uteri in die Bauchwunde eingenäht hatte, den Uterus an den Abgangsstellen der ligamenta rotunda an die Bauchwand anzunähen. Czerny und Leopold erkannten bald darauf die Gefahr eines Ileus, der durch Einklemmung eines Darmstückes in die zwischen den beiden Ligaturen gebildete Tasche entstehen konnte, und nähten nun den Uterus direkt, indem sie die Uterusmusculatur durchstachen, an die Bauchwand an. Diese Methode ist die auch heute noch von vielen Autoren geübte.

Als Nachteile der Operation hat man angeführt zunächst die Eröffnung der Bauchhöhle, die doch an und für sich nicht ungefährlich ist, und die hohe Befestigung

des Uterus, die ihm eine nicht ganz physiologische Lage giebt.

Um nun die bei der Ventrofixation nötige Laparotomie zu umgehen, wurden bald mit der Ausbildung der vaginalen Operationsmethoden auch Vorschläge laut, hartnäckige Retroflexion durch Operation auf vaginalem Wege zu beseitigen. Vor der Ventrofixation hat diese Art des Operirens entschieden den Vorteil, dass man extraperitoneal operirt oder doch wenigstens nur kleine Flächen Peritoneum freilegt, und vor der Alexander-Adam'schen Methode den, dass auch fixirte Retroflexionen der Operation zugänglich sind.

Schücking nähte, ohne allerdings die Vaginalwand zu eröffnen, das Corpus uteri an die Scheide an.

Bald darauf schlug Zweifel vor, um die Blasenverletzung zu vermeiden, einen Querschnitt durch die Vaginalwand vor der Portio zu führen, und dann ähnlich wie Schücking zu verfahren. Ähnlich empfahlen auch Dührssen und Mackenrodt zu operiren.

Die Methoden beider unterscheiden sich nur darin, dass Mackenrodt den Schnitt durch die vordere Vaginalwand sagittal, Dührssen denselben quer anlegt. Darauf wird der Uterus, ohne dass Plica vesico-uterina eröffnet wird, durch Nähte, welche Scheide, Peritoneum, Uteruswand, Peritoneum, Scheide fassen, an letztere angenäht. Dieses Verfahren hat den Nachteil, dass man vollständig im Dunkeln operirt. Man hat nicht mit absoluter Sicherheit in der Hand, das corpus uteri an der beabsichtigten Stelle zu fixiren; zudem besteht immer die Gefahr einer Darm- oder Blasenverletzung, wie auch derartige Fälle in der Litteratur zu finden sind. Infolgedessen entschloss sich Dührssen bald intraperitoneal zu operiren, d. h. die plica vesico-uterina zu eröffnen. Während bei der ursprünglichen Mackenrodt'schen Methode nur seröse Flächen zur Verklebung kamen, die Adhäsionen also leicht dehnbare waren, wurden bei der Dührssen'schen letztere seroso-

fibröse, um die Bezeichnungen Smith's zu gebrauchen, der je nach der Beschaffenheit der vereinigten Flächen sero-seröse, sero-fibröse und fibro-fibröse Adhäsionen unterscheidet, sie wurden also zu feste, wenig dehnbare, sodass man bald darauf namentlich bei Schwangerschaften und Geburten arge Störungen und Zufälle erlebte.

Von 78 in der Halle'schen Königlichen Frauenklinik in der Zeit vom Juni 1894 bis Januar 1898 ausgeführten vaginalen Fixationen wurden die ersten 40 in der eben beschriebenen Weise ausgeführt. Da damals gerade schwere Geburtsstörungen nach Vaginofixationen in der Litteratur zur Veröffentlichung kamen, ging Herr Professor Fehling zur vaginalen Vesicofixation über. Der Verlauf der Operation ist folgender: Zunächst Eröffnung der vorderen Vaginalwand, Lospräparirung der Blase von dem Cervix und Eröffnung der Plica vesico-uterina, hierauf Befestigung des Uterus in der Weise, dass durch den Fundus eine Seidennaht gelegt wird, welche nur das Peritoneum fasst und den Vaginalwundrand unberührt lässt, sodass eine rein peritoneale, also sero-seröse Fixation erzielt wird.

Unterhalb der ersten Naht werden noch 1—2 Seidennähte und zwischen diese einige Catgutnähte gelegt, welche nur Peritoneum und Uteruswand fassen. Der jetzt noch offen gebliebene Rest des Peritoneums wird, ohne dass die Uteruswand mit gefasst wird, für sich vernäht." Hierauf Schluss des Querschnittes der Vaginalwand durch mehrere Nähte; im unteren Wundwinkel bleibt allerdings eine kleine Öffnung, damit durch Einlegen eines Gazestreifens dem sich zwischen Cervix und Vaginalwand ansammelnden Sekret ein Abfluss nach aussen offen stehe.

Von Interesse muss es nun sein, über den Schwangerschafts- und Geburtsverlauf bei künstlich an Blase oder Scheide befestigtem Uterus zu hören. In der Literatur finden sich teils sehr schwere Geburtsstörungen namentlich nach Vaginofixatio uteri nach Dührssen. Man hat von der Häufigkeit pathologischer Kindslagen, von der Unmöglich-

keit der Wendung, ja sogar von der Notwendigkeit der Sectio caesarea, ohne dass ein enges Becken vorlag, berichtet. So schildert uns Strassmann einen Fall, in dem wegen Retroflexio und Vorfallbeschwerden von Dührssen vaginofixirt war. Schon in der Schwangerschaft bestanden heftige Schmerzen. Das Kind befand sich in Querlage, die Nabelschnur fiel beim Blasensprung vor. Bei der inneren Untersuchung wurde ein aussergewöhnlicher Hochstand des Cervix und eine divertikelartige Vorwölbung der mit der Scheide fest verwachsenen vorderen Uteruswand festgestellt. Wendung und Extraktion sind sehr erschwert und gelingen nur mit grosser Anstrengung. Bald darauf tritt eine ziemlich bedrohliche Blutung auf, der man nur mit Mühe Herr werden kann. Der übrige Verlauf war allerdings für Mutter und Kind ein günstiger.

Weit ernster verlief ein zweiter von Strassmann veröffentlichter Fall. Nachdem zugleich nach Ausschälung eines Myoms der Uterus an die Scheide fixirt war, trat Schwangerschaft ein, die abgesehen von einer einmaligen Blutung ohne Beschwerden verlief. Die Untersuchung sub partu ergab Querlage des Kindes, Nabelschnurvorfall, enormen Hochstand der Portio, bei sehr rigidem inneren Muttermund. Der Kopf lag in einer wie oben geschilderten Ausbuchtung der vorderen Wand. Ein Wendungsversuch misslingt, auch Perforations- und Decapitationsversuche sind erfolglos, da es unmöglich ist, den Kopf emporzudrängen. Daher wird wegen des absoluten Geburtshindernisses und der drohenden Ruptur zur Sectio caesarea nach Porro geschritten; $1\frac{1}{2}$ Stunden nach deren Beendigung geht Patientin an anämischen Erscheinungen zu Grunde.

Gräfe berichtet über einen allerdings nicht so ungünstig verlaufenen Fall von Geburtsstörung nach Vaginofixation nach Mackenrodt. Die Wendung des in Querlage befindlichen Kindes war wie im vorigen Fall absolut unmöglich, weshalb der Kaiserschnitt gemacht werden musste, der sowohl für die Mutter als für das Kind einen günstigen

Ausgang nahm, obgleich als Complication noch Eclampsie eintrat.

Auch Rühl hat zwei Fälle ernster Geburtsstörungen erlebt und berichtet darüber.

In dem einen Falle war bei der Operation durch Trennung der Adhäsionen eine leicht blutende Fläche entstanden. In der Schwangerschaft bestanden heftige Blasenbeschwerden. Bei der Untersuchung sub partu wurde festgestellt, dass die Uteruswände sehr dünn und gespannt waren, und dass das Kind tot war. Die Wehen waren äusserst schmerzhaft. Der Kopf ragte mit einem grossen Segmente in das kleine Becken in eine divertikelartige Ausbuchtung des Uterus hinein und war ohne Narkose fast nicht mehr beweglich. Der Muttermund befand sich sehr hoch oben rechts und war ohne Narkose nicht zu erreichen. Ein Wendungsversuch misslang, infolgedessen Perforation, die sehr erschwert war; auch die Extraktion macht solche Schwierigkeiten, dass Rühl sich zu einer Incision der divertikelartigen Vorbuchtung in sagittaler Richtung entschloss. Die Blutung aus derselben war sehr gering; nach der leichten Entwicklung des Kindes Vereinigung des Schnittes. Die Placenta musste manuell gelöst werden.

Auch in Fall II wurde neben Nabelschnurvorfall die oben erwähnte divertikelartige Vorbuchtung der vorderen Uteruswand konstatirt und nach gleichfalls vergeblichem Wendungsversuche die eben erwähnte von Rühl als vorderer Uterus-Scheidenschnitt bezeichnete Incision gemacht, auf die ich unten noch näher zurückkomme. Die Entwicklung des Kindes erfolgte mittels Forceps.

Auch von anderen Geburtshelfern sind noch eine Anzahl von wenn auch weniger ernsten Zufällen während der Geburt veröffentlicht, auf die ich hier nicht näher eingehen will. Schon die oben angeführten Complicationen und Störungen des normalen Geburtsverlaufes nach Vaginofixatio uteri können sehr wohl Bedenken gegen die

Ausführung der Operation besonders im conceptionsfähigen Alter berechtigt erscheinen lassen, und gerade dies Veröffentlichungen veranlassten Herrn Professor Fehling, mich nachsehen zu lassen, ob auch in unserer Klinik dergleichen Störungen vorgekommen sind, und was für Beobachtungen und Erfahrungen wir bei den in unserer Klinik vorgekommenen Vaginofixationsgeburten gemacht haben.

Ich lasse zunächst die Berichte über die Geburten folgen:

Fall I.

Gyn.-Journ. 1894. No. 127.

Frau W. D., 23 Jahre aus Halle a. S. 25. 6. 94 aufgenommen.

Anamnese: Patientin hat drei mal geboren. I. Partus mit Forceps beendet. Dammriss nicht geheilt. Letzte Geburt 1893. Seit der ersten Geburt Vorfall und Retroflexionsbeschwerden. Seit 1893 erfolglose Ringbehandlung.

Indication zur Operation: Beschwerden trotz längerer Ringbehandlung.

26. 6. 1894 Operatiion: Vaginofixatio uteri ohne Eröffnung des Peritoneums. Kolporrhaphia auterior. Kolpoperineorrhaphia.

Verlauf: Völlig fieberfrei, keine Blasenbeschwerden.

9. 7. 1894. Entlassen.

13. 8. 1894. Uterus wieder retroflektirt. Keine Beschwerden.

Geb.-Journ. 1895/96. Hpt.-B. 101. Geb. No. 88. Letzte Regel: Anfang August. Am 16. 2. 1895 wird Gravidität konstatirt, die ohne Beschwerden verläuft.

26. 5. 1895. Wehenbeginn 1 h. a. m. 27. 5. 1895 4 h 30 p. m Schädellage II. Kopf im Beckeneingang. Herztöne rechts deutlich. Muttermund dreimarkstückgross, Muttermundslippen sehr rigide und unnachgiebig.

7 h. 30 m. p. m. Die anfangs kräftige Wehenthätigkeit hat bedeutend nachgelassen. Status idem. Multiple Cervixincisionen. 10 h 15 p. m. Wegen andauernder Wehenschwäche grosse Scheidenspülung mit 10 Liter warmen Wassers.

10 h. 50 p. m. Muttermund nahezu vollständig erweitert. Nochmals Incision desselben. Sprengen der Blase. Die Geburt erfolgt nach 47stündiger Dauer um 11 h. 50 p. m. Scheidendammriss. Naht. Nachgeburtsperiode ohne Störung.

Kind: Mädchen, lebend, ausgetragen, 51 cm lang, 3100 gr.

Wochenbett glatt.

6. 6. 1895 entlassen: Damm- und Scheidenriss p. p. geheilt. Vagina mässig weit, Portio in der Führungslinie. Cervix bis zum inneren Muttermund durchgängig; Uterus rechtwinklig anteflektirt, sehr gut kontrahirt; Parametrien frei.

27. 6. 95. Keine Beschwerden. Periode regelmässig, 4wöchentlich, dreitägig, mässig stark, ohne Beschwerden. Portio tief. Uterus frei beweglich, liegt vorn.

Geb.-Journ. 1896|97. Hpt.-B. 144. Geb. No. 134.

Dieselbe Patientin am 11. 7. 96 wieder aufgenommen.

Letzte Regel Anfang September 1896. Befinden in der Schwangerschaft gut. Wehenbeginn 11. 7. 1 h p. m.

Schädellage II. Wehen mässig, kräftig. Kreissende presst nicht mit, daher Geburt eines lebenden, ausgetragenen Mädchens von 51 cm Länge und 3400 gr. Gewicht erst 10 h. 15 p. m. in II. Hinterhauptslage.

Nachgeburtsperiode und Wochenbett verliefen glatt.

21. 7. 1896. Entlassungsbefund: An der Vulva keine Verletzungen; Portio in der Führungslinie. Seitlich Einrisse. Cervix für das Nagelglied durchgängig. Uterus in Anteflexio I, gut zurückgebildet. Parametrien frei.

15. 12. 96. Keine Schmerzen. Periode regelmässig, 4wöchentlich, stark, ohne Schmerzen. Keine Stuhl- und Urinbeschwerden. Uterus leicht retroflektirt, etwas descendirt, klein, nach rechts durch Narbenstränge festgehalten. Vordere Vaginalwand mässig descendirt, hintere weniger.

Fall II.

Gyn.-Journ. 1894|95. No. 355.

Frau A. R., 31 Jahre, aus Gollme.

20. 1. 1895 aufgenommen.

Anamnese: Menses mit 14 Jahren, nahezu normal. Patientin hat zweimal spontan geboren. Nach der 2. Geburt (September 94) fieberhaftes Wochenbett. Seit März 94 Senkungsbeschwerden.

Status: Prolapsus vaginae anterioris completus, posterioris incompletus. Descensus uteri. Hypertrophia portionis. Elongatio colli. Uterus anteflektirt, sehr beweglich.

Indication zur Operation: Grösse des Vorfalles.

22. I. 1895 Operation: Vaginofixatio nach Dührssen. Kolporrhaphia anterior. Sagittale Keilexcision der Portio. Kolpoperineorrhaphia.

Verlauf: 23. 1. 1895 Urin spontan. Damm heilt teilweise secundär, sonst fieberfreier, glatter Verlauf. 8. 5. 1895 entlassen.

Geb.-Journ. 1896|97. Hpt.-B. No. 99. Geb. No. 102.

Wieder aufgenommen am 2. 6. 1896. Letzte Regel Mitte September 1895. Menses vorher regelmässig, keine Beschwerden.

Untersuchung: Fundus uteri am Rippenbogen. II. Schädellage. Herztöne gut. Kopf fest im Becken. Am Damm grosse Operationsnarbe. Scheide von mittlerer Weite. Portio narbig, hart, etwas nach hinten, ca. $1^1/_2$ cm lang. Cervix eben für einen Finger durchgängig, $2^1/_2$ cm lang. Vorderes Scheidengewölbe etwas ausgedehnter als normal. Durch dasselbe fühlt man den fast in der Spinallinie stehenden Kopf.

Beckenmaasse mässig verkürzt.

10. 6. 1896. Patientin klagt über Kreuzschmerzen. Muttermund markstückgross, hart, scharfrandig. Portio fast verstrichen. Blase steht, Kopf fast in der Spinallinie.

12. 6. 1896. 11 h 30 p. m. Ligamenta rotunda divergirend, ziemlich weit auseinanderstehend, bis zur Nabelhöhe reichend, ziemlich entwickelt.

Muttermund fünfmarkstückgross. Es soll seit morgens Wasser abgehen, doch wölbt sich die Blase noch vor. Patientin klagt nur über Kreuzschmerzen, die sie selbst nicht als Wehen ansieht, die aber doch als solche aufzufassen sind, da die Erweiterung des Muttermundes langsam vor sich geht.

13. 6. und 14. 6. Status idem. 13. 6. Zur Anregung der Wehen ein 1stündiges, warmes Vollbad, doch ohne wesentlichen Erfolg.

15. 6. 3 h. p. m. werden die Wehen kräftiger. Muttermund kleinhandtellelgross, Blase gesprungen. Kopf unterhalb der Spinallinie.

10 h. 45 m p. m. Frau presst kräftig mit. Episiotomie, trotzdem reisst der Damm in der alten Narbe wieder auf. Die Geburt erfolgt in II. Vorderhauptslage.

Kind männlich, lebend, ausgetragen, 50 cm lang, 3250 gr. schwer.

Grosser Scheidendammriss. Naht. Nachgeburtsperiode glatt. Kopfgeschwulst: linkes vorderes Scheitelbein. Radialislähmung rechts.

Wochenbett fieberhaft. Parametritis dextra und Parakolpitis. Damm hält teilweise secundär.

8. 7. 1896 entlassen. Am Damm noch kleine granulirende Stelle. Vagina mässig weit. Grosse Narbe links. Portio 2 cm lang. Cervix fast ganz durchgängig. Uterus in Anteflexio I, noch etwas gross. Paremetrien frei.

31. 7. 1896. Geringer Descensus der vorderen Wand. Uterus gut involvirt, antevertirt. Keine Beschwerden.

16. 12. 1896. Keine Beschwerden. Periode normal. Keine Stuhl- und Urinbeschwerden. Uterus etwas descendirt. Os externum unterhalb der Spinallinie. Descensus vaginae anterioris. Uterus stark involvirt. Uterus liegt gut. Damm mässig hoch, dünn. Mässiger Descensus der vorderen Wand.

Fall III.

Gyn.-Journ. 1894|95. No. 400.

Frau F. F., 33 Jahre, aus Dölau.

28. 2. 1895 aufgenommen.

Anamnese: Menses mit 18 Jahren, normal; Pat. hat 5 mal spontan geboren, zuletzt 1893. Bei der ersten Geburt (1887) grosser Dammriss, nicht genäht. 6 Wochen nach der ersten Geburt Vorfall mit Beschwerden. Nach der dritten Geburt 1890 längere Ringbehandlung. Ring hält seit Herbst 1894 nicht mehr.

Status: Starker Descensus der vorderen Wand mit Cystocele, geringer Descensus der hinteren Wand. Elongatio colli. Retroflexio uteri mobilis.

Indication zur Operation: Grösse des Vorfalles. Erfolglosigkeit der Ringbehandlung.

2. 3. 1895 Operation: Vaginofixatio nach Dührssen. Kolporrhaphia anterior. Kolpoperineorrhaphie.

Verlauf: Urin vom dritten Tage ab spontan. Am 8. 3. höchste Temperatur 38,6, sonst nie über 38,0. 16. 3. 1895 entlassen.

21. 7. 1895. Keine Schmerzen. Uterus retroponirt, dextroantevertirt.

16. 12. 1896. Im Mai 1896 hat sie einen Partus ausserhalb der Klinik durchgemacht. Wendung aus Querlage, Extraction. Kind tot.

Keine wesentlichen Schmerzen. Kann schwere Arbeit verrichten. Uterus anteflektirt, beweglich, atrophisch. Scheidenwand nicht prolabirt.

Anfang 1898 Partus.

Die Geburt verläuft normal. Wochenbett glatt.

In der Schwangerschaft keine Beschwerden.

Beim Pressen drängt sich der Uterus und vordere Scheidenwand etwas in die Vulva vor.

Fall IV.

Gyn.-Journ. 1894|95. No. 412.

Frau A. K., 33 Jahre alt, aus Magdeburg.

Aufgenommen den 11. III. 95.

Anamnese: Menses 4wöchentlich, 4—5tägig, ohne Beschwerden. Patientin hat einmal im Jahre 1892 geboren. Die Geburt verlief

nicht normal, Querlage, Wendung. Wochenbett glatt und fieberfrei. Ausserdem hat Pat. 2 mal abortirt.

Bei der ersten Geburt Dammriss, der nicht genäht wurde; infolgedessen bildete sich ein Vorfall aus.

Status: Retroflexio uteri. Descensus vaginae anterioris et posterioris.

Indication zur Operation: Hochgradige Beschwerden.

Operation: den 12. III. 1895. Vaginofixatio uteri. Kolporrhaphia anterior. Kolpoperineorrhaphia.

21. III. 1895. Damm per primam geheilt, etwas eingeschnitten. Entfernung der drei Dammnähte.

Am 23. September 1897 ausserhalb der Klinik Partus. Während der Schwangerschaft bestanden nach Bericht des Arztes keinerlei Beschwerden, namentlich auch keine Blasenbeschwerden.

Das Kind lag in Querlage und war sehr kräftig, infolgedessen machte die Extraction viel Schwierigkeiten. Sonst war Partus und Wochenbett absolut normal.

Am 30. Mai 1899 Abortus nach 3monatlicher Gravidität. Nach Bericht des Arztes ist der Uterus wieder vollkommen beweglich. Ein Recidiv der Retroflexio und Descensus ist nicht wieder eingetreten.

Fall V.

Gyn.-Jour. 1895|96. No. 45.

Frau L. S., 30 Jahre alt, aus Nordhausen.

Aufgenommen den 2. 5. 95.

Anamnese: Menses regelmässig, 4wöchentlich, Pat. hat 3 mal geboren.

I. Geburt: Zange, fieberhaftes Wochenbett. II. und III. Geburt glatt. Bei der I. Geburt Dammriss, der dreimal genäht wurde, aber immer wieder aufplatzte. Seitdem klagt Pat. über Ausfluss, Schmerzen und Drängen nach unten, sowie über Stuhlverstopfung.

Status: Retroflexio uteri. Descensus vaginae anterioris et posterioris.

Indication zur Operation: Beschwerden.

4. V. 95 Operation: Vaginofixatio uteri nach Dührssen, Kolporrhaphia anterior et posterior.

Verlauf: Pat. hat mehrfach Temperatursteigerungen, deren Ursache in einer secundären Pyelitis gefunden wird.

27. V. Pat. ist fieberfrei.

10. V. Pat. wird geheilt entlassen. Uterus liegt gut; die Wunde ist gut verheilt.

Mai 1899. Nach Bericht der Pat. Einleitung der künstlichen Frühgeburt wegen Krampf.

Fall VI.

Gyn.-Journ. 1895|96. No. 74.

Fr. M. D., 31 Jahre alt, aus Werben.

Anamnese: Menses regelmässig. Pat. hat 1 mal normal geboren. Seit Ende April klagt Pat. über Schmerzen beim Wasserlassen.

Status: Prolapsus uteri. Descensus vaginae anterioris et posterioris. Elongatio colli.

28. V. 95 Operation: Vaginofixatio uteri nach Dührssen. Kolporrhaphia anterior. Excisio cuneiformis portionis. Kolpoperineorrhaphia.

Verlauf glatt,

22. VI. 99 geheilt entlassen.

Keine Beschwerden.

Pat. hat seither zweimal normale Schwangerschaft und Geburt ohne irgend welche Regelwidrigkeiten durchgemacht.

Fall VII.

Gyn.-Journ. 1895/96. No. 128.

Frau Th. E., 29 Jahre, aus Zöbigker bei Mücheln.

9. 7. 1895 aufgenommen.

Anamnese: Menses regelmässig, ohne Beschwerden. Patientin hat 4mal geboren. Die Wochenbette verliefen ohne Fieber. Seit einem halben Jahre Schmerzen vor Eintritt der Regel. Vorfall mit seinen Beschwerden schon seit der ersten Geburt. Nach der zweiten Entbindung erfolglose Ringbehandlung. Beim Gehen und Arbeiten Kreuzschmerzen.

Status: Prolapsus uteri et vaginae incompletus. Elongatio colli. Retroflexio uteri mobilis. Cystocele.

Indication zur Operation: Grösse des Vorfalles. Beschwerden. Erfolglose Ringbehandlung.

11. 7. 1895: Operation: Vaginofixatio nach Dührssen. Kolporrhaphia anterior. Kolpoperineorrhaphia.

Verlauf; Urin vom 4. Tage ab spontan.

Temperatur nie über 38,1.

24. 7. 1895 entlassen.

19. 8. 1895. Uterus stark anteflektirt. Kein Vorfall. Keine Beschwerden.

Januar 1897 Partus. Dauer 5—6 Stunden. Schwangerschaft ohne Beschwerden. Schädellage. Geburt eines starken Knaben spontan.

5. 3. 1897. Keine Beschwerden. Uterus stark involvirt, gut anteflektirt. Keine Senkung.

Fall VIII.

Gyn.-Journ. 1895/96 No. 178. Op.-B. 135.

Frau M. W., 25 Jahre alt, aus Salbke bei Westerhüsen.

25. 9. 1895 aufgenommen.

Anamnese: Menses seit dem 17. Jahre regelmässig, stark mit Schmerzen in den ersten Tagen. Patientin hat 2mal geboren. Bei der 2. Geburt Dammriss, genäht und geheilt. Seit der 2. Geburt (vor einem Jahre) Vorfall mit heftigen Beschwerden. Bisher mit Ring behandelt, wünscht selbst Operation.

Status: Descensus uteri et vaginae. Retroflexio uteri mobilis.

Indication zur Operation: Beschwerden. Ring unbequem.

26. 9. 1895 Operation: Vaginofixatio nach Dührssen. Kolporrhaphia anterior. Lawson Tait.

Verlauf fieberfrei, Urin vom 2. Tage ab spontan.

7. 10. 1895 entlassen. Keine Beschwerden. Uterus liegt gut.

28. 1. 1896. Menses seit dem 8. 10. 95 ausgeblieben. Gravida im 4. Monat. Viel stärkere Beschwerden als in früheren Schwangerschaften. Portio hinter der Führungslinie, lässt sich leicht nach vorn bringen. Blase vor dem Uterus im grossen Becken.

3. 6. 1896. Immer noch grosse Beschwerden. Befund nicht abnorm.

17. 7. 96. Partus ausserhalb der Klinik. Lange Dauer. Querlage, Wendung. Dammriss, Naht. Kind lebend, ausgetragen.

14. 10. 1896. Keine Beschwerden. Uterus liegt gut zurückgebildet, anteflektirt, beweglich.

Anfang 1898 Partus ausserhalb der Klinik. Normaler Geburts- und Wochenbettverlauf.

Fall IX.

Gyn.-Journ. 1895/96. No. 204. Op.-B. 159.

Frau A. P., 38 Jahre alt, aus Güsten.

21. 10. 1895 aufgenommen.

Anamnese: Als Kind schwächlich, später viel nervenleidend. Mutter scheint an Krämpfen zu leiden. Menses seit dem 18. Jahre regelmässig, seit der Verheirathung 3—4 wöchentlich stark. Patientin hat dreimal geboren. Zuletzt vor 4 Jahren Zwillinge. Seit der ersten Entbindung Vorfall mit typischen Beschwerden, seit einem halben Jahre wesentliche Verschlimmerung. Nach dem ersten Wochenbette allabendlich Krampfanfälle, die erst nach ca. 6 Jahren verschwanden. Seit 10 Jahren Ringbehandlung.

I. Geburt: 18. X. 86 sponten.

II. Geburt: 24. VI. 90 spontan. Wochenbett glatt.

III. Geburt: 24. VI. 91 Zwillinge, nicht ausgetragen. Beide in Querlage. Wochenbett glatt.

Status: Hysterie. Ruptura perinei incompleta. Retroflexio uteri fixata. Para- und perimetritische Reste.

Indication zur Operation: Subjektive Beschwerden. Erfolglose Ringbehandlung.

22. 10. 1895 Operation: Vaginofixatio uteri nach Lösung der Adhäsionen nach Dührssen.

Verlauf: Am 2. und 3. Tage 38,2, sonst fieberfrei. Urin vom 2. Tage ab spontan.

5. 11. 1895 entlassen. Keine Beschwerden. Uterus liegt gut.

20. 7. 1896. Nervöse Beschwerden. Periode unregelmässig, 2 bis 4 wöchentlich, 5—6 tägig, mittelstark, ohne Schmerzen. Etwas Druck beim Uriniren. Uterus liegt gut. Urethralwulst ragt hervor. Geringe Druckempfindlichkeit.

Geb.-Journ. 1897/98. Hpt.-B. 214. Geb.-No. 190.

4. 9. 97. Kreissend eingeliefert, nachdem sie draussen am 1. und 2. zunächst einmal von der Hebamme, dreimal von einem Arzt und 2mal von zwei Ärzten, das letzte Mal in Narkose untersucht war; kein operatives Eingreifen von Seiten der Aerzte.

Beckenmaasse: Spinae 19, Cristae 24½, Trochanteren 31, Conjugata externa 19.

Letzte Regel Mitte Juni 1896. Seit dem zweiten Monat in der Schwangerschaft Schmerzen „überall", die wohl auf die bestehende Hysterie zurückzuführen sind.

4. 9. 1897. Wehen zahlreich und ziemlich stark.

Äussere Untersuchung: Abdomen mässig aufgetrieben, Uterus stark gespannt, überragt rechts etwa drei Finger breit die Nabelhöhe. Der Kindskopf ist links über der Darmbeinschaufel zu fühlen. Der Steiss befindet sich ganz rechts in Fundus. Kein Contraktionsphänomen. Herztöne kräftig, von normaler Frequenz. Temperatur 37,2.

Innerer Befund: Scheideneingang eng, Scheide verläuft sehr schräg nach der linken Articulatio sacro-iliaca hin. In der linken Beckenhälfte hängt schürzenförmig die vordere Muttermundslippe herab, während die hintere sich wenig von der Scheidenwand abhebt. Äusserer Muttermund leicht für die ganze Hand durchgängig, ebensoleicht gelangt man in den 3cm langen Cervixkanal, der oberhalb des Beckeneingangs links nach hinten ansteigt. Mit einem Teile der Circumferenz überragt der innere Muttermund den Ileopsoas. Es erweist sich hierbei, dass die hintere und linke Cervixwand in die entsprechenden Abschnitte der Uteruswand ohne Abgrenzung in einer Ebene übergehen. Nach rechts jedoch und etwas nach vorn ist die

Cervixwand zur Uteruswand in einem solchen spitzen Winkel abgesetzt, dass eine halbmondförmige, scharfrandige Kante die Grenze des inneren Muttermundes darstellt. Die Orientirung über diese Verhältnisse ist noch dadurch erschwert, dass der äussere Muttermund sich nahezu in der Ebene des Beckeneingangs befindet. Man erhält den Eindruck, als ob die Entfaltung der vorderen Wand und ihre Auslösung aus der Fixation in spitzwinkliger Anteflexion durch die harten, fühlbaren Narben verhindert sei. So entstand eine sehr straffe Aussetzung der hinteren Wand und des Fundus uteri und eine sackförmige Ausbuchtung des Organs nach rechts und vorn. In dieser Ausbuchtung befinden sich die kleinen Teile der Frucht. Im Muttermund befindet sich eine schlaffe, wenig Fruchtwasser enthaltende Blase, dahinter fühlt man ganz nach links hin den Kopf des Kindes. Das Kind befindet sich demnach in Schieflage, Kopf links unten. Steiss rechts oben, mit dem Rücken gegen das Zwerchfell, Bauch über dem Beckeneingang.

4. 9. 1897. Indication zur Operation: Schieflage, Stillstand der Geburt.

Nochmalige Untersuchung in Narkose. Sprengen der Blase. Einführen der rechten Hand. Man kommt sofort auf den Mund des Kindes und auf den Thorax. Das Kind sitzt ausserordentlich fest. Mit Mühe gelangt man über den Sporn bis zum Knie, ein Wendungsversuch misslingt wegen der Unbeweglichkeit der Frucht. Insertion der Placenta an der vorderen Uteruswand, reicht mit ihrem Rand bis an den Sporn und beginnt mit entsprechender Blutung sich zu lösen. Weitere vergebliche Wendungsversuche sowohl mit der rechten als linken Hand in Steissrückenlage und Seitenlage der Frau. In keiner Weise gelangt man in die Nähe der Füsse. Da die Arme im Wege sind, wird der rechte nähere herabgeschlagen und angeschlungen, hierbei fällt die Nabelschnur vor. Nach wiederholten Versuchen gelingt es den rechten Fuss mit der rechten Hand herabzuleiten. Alle weiteren Versuche die Wendung auszuführen scheitern an dem Widerstande, der sich dem Herableiten des Fusses darbot. Auch der Versuch, den Fuss mit einer Muzeux'schen Zange zu fassen misslingt. Daher wird auch von dem Versuch der inneren Anschlingung eines Fusses abgesehen. Währenddem war noch mehr Nabelschnur vorgefallen, und die Placenta hatte sich bei andauernder Blutung noch mehr abgelöst. Das Kind macht intrauterine Atembewegungen und stirbt rasch ab. Das Einführen des Braune'schen Schlüsselhakens behufs Decapitation wäre wegen der abnormen Höhe unmöglich gewesen. Daher unmittelbare Wendung auf dem Kopf nach Busch, schwierige Perforation des trotz äusserer Fixation leicht beweglichen Kopfes durch die grosse Fontanelle, Enthirnung Anlegung des

Kranioklastes nach links hin gar nicht möglich, daher mehr nach rechts, wobei der Sporn sehr im Wege steht und ein genügend tiefes Anlegen des Instrumentes hindert. Erst auf sehr kräftigen Zug folgt der Kopf langsam, wobei einige Male die Knochen nachgeben und ein erneutes Anlegen nötig wird. Rumpfextraktion leicht an dem vorgefallenem Arm.

Knabe, tot, ausgetragen, 55 cm lang, 3750 schwer ohne Gehirn.

Starker Blutverlust. Scheidendammriss. Naht.

Wochenbett glatt.

13. 9. 97 entlassen. Allgemeinbefinden gut. Uterus 2 Querfinger über der Symphyse.

Später: Uterus klein, anteflectirt, aber leicht descendirt. Leichte Senkung der vorderen und hinteren Wand, ohne Vorfall. Damm gut.

Fall X.

Gyn.-Journ. 1895 96. Hpt.-B. 207. Op.-B. 164.

Frau B. F., 26 Jahre alt aus Zöberitz.

24. 10. 1895 aufgenommen.

Anamnese: Menses seit dem 15. Jahre normal. 1889 normale Geburt. August 1895 Abort im 2.—3. Monat. Seit dem Abort Vorfall mit heftigen Beschwerden.

Status: Vollständige inversio vaginae. Prolapsus uteri retroflexi incompletus. Cystocele.

Indication zur Operation: Grösse des Vorfalles.

26. 10. 1895 Operation: Vaginofixatio uteri nach Dührssen. Drainage. Sehr ausgiebige Kolporrhaphia anterior und Kolpoperineorrhaphie.

Verlauf: Temperatur nur einmal 38,1, sonst fieberfrei. Urin von Anfang an spontan.

9. 11. 1895 entlassen. Keine Beschwerden. Uterus liegt gut.

9. 1. 96. Drängen nach unten. Patientin hat die gleichen Erscheinungen wie vorher. Vulva klafft, Uterus liegt gut.

6. 2. 96. Hintere Wand leicht prolabirt, Beschwerden gering. Keine Urinbeschwerden.

15. 12. 96. Seit dem 10. 12. Blasenbeschwerden. Retentio urinae. Katheterismus.

Gravida im 3. Monat. Keine Beschwerden, hintere Wand stark faltenförmig prolabirt; vordere Wand trichterförmig eingezogen. Portio hoch, hintenstehend, von Narben umgeben. Uterus in Anteversio-flexio, etwas nach rechts verlagert.

16. 12. Patientin kann Wasser lassen.

Poliklin.-Journ. 1897|98. No. 129.

Geburt am 21. VI. 1897. (Poliklinik).

Letzte Regel Ende September.

Wehenbeginn: 19. 6. 97 4 h p. m.

Die Wehen sind schwach und spärlich, daher wird wegen Verzögerung der Geburt am 20. 6. 5 h 30 m p. m. poliklinische Hilfe in Anspruch genommen.

Temperatur 37,8. Puls 90.

Aeussere Untersuchung: Schädellage I, Kopf fixirt im Beckeneingang. Herztöne von normaler Frequenz.

Innerliche: Muttermund zweimarkstückgross, Blase steht. Cervix entfaltet. Kopf noch ballotirend im Beckeneingang. Wehen sind schwach und selten.

21. VI. 3 h a. m. Blasensprung. Muttermund vollständig erweitert.

4 h 30 m. Spontane leichte Geburt eines lebenden, ausgetragenen Knaben.

Nachgeburtsperiode ohne Störung.

Placenta vollständig. Uterus gut kontrahirt.

Patientin ist z. Z. das II. Mal Gravida seit der Operation. Beschwerden bestehen nicht.

Fall XI.

Gyn.-Journ. 1895|96. Hpt.-B. 220. Op. 172.

Frau M. B., 38 Jahre alt, aus Weissentels.

1. 11. 95 aufgenommen.

Anamnese: Menses seit dem 17. Jahre, regelmässig, stark, Leibschmerzen vorher und während derselben. Patientin hat 6 mal normal geboren, 2 mal abortirt. Letzte Geburt im Jahre 1895. Seit der dritten Geburt Vorfall mit Beschwerden. Anfangs Ringbehandlung mit Erfolg. Nach der letzten Geburt Steigerung der Beschwerden. Vorfall durch Ring nicht mehr zu beseitigen.

Status: Descensus uteri et vaginae. Retroflexio uteri mobilis. Sondenlänge des Uterus 9 cm.

Indication zur Operation; Erfolglose Ringbehandlung. Beschwerden.

4. 11. 1895 Operation: Vaginofixatio uteri nach Dührssen. Kolporrhaphia anterior. Kolpoperineorrhaphie.

Verlauf: Am 3. Tage 38,9, sonst fieberfrei. Urin vom 2. Tage ab spontan. 23. 4. 96. Allerhand nervöse Beschwerden. Periode unregelmässig, 4tägig, stark, Leibschmerzen während derselben.

Keine Urinbeschwerden. Uterus in starker Anteflexio reclinirt. Senkung der vorderen Wand.

14. 5. 1896. Erheblicher Descensus der vorderen Wand, sonst derselbe Befund.

Letzte Regel 7. 5. 1896.

16. 7. 1896. Gravida im 3. Monat. Ziemlich starke Beschwerden.

18. 11. 1896. Starke Schwangerschaftsbeschwerden.

25. 2. 1897. Partus. Nach Bericht des Arztes Placenta praevia lateralis, Schieflage, Wendung, Extraktion.

Viel Blut verloren.

4. 4. 1897. Noch starke Anaemie. Kein Eiweiss im Urin. Uterus stark involvirt, anteflectirt. Vordere Scheidenwand descendirt. Portio in der Vulva. Damm leicht eingerissen. Keine Beschwerden.

Uterus anteflectirt, nicht descendirt, klein, fixirt durch Narbensträngt rechts. Vordere Scheidenwand drängt hühnereigross vor die Vulva.

Fall XII.

Gyn.-Journ. 1896|97. Hpt.-B. 134. Op.-B. 91 und 102.

Frau H. G., 26 Jahre alt, aus Quetz.

22. 7. 96 aufgenommen.

Anamnese: Menses seit dem 16. Jahre normal. Patientin hat dreimal geboren. Einmal wurde sie durch Wendung und Extraction, einmal durch Forceps entbunden. Patientin hat seit Frühjahr 1894 nach einer schweren Anstrengung einen Vorfall. Ringbehandlung war ohne Erfolg.

Status: Prolapsus uteri incompletus mit inversio vaginae. Hypertrophia portionis. Elongatio colli. Cystocele. Retroflexio uteri mobilis.

Indication zur Operation: Grösse des Vorfalls, Beschwerden, Erfolglosigkeit der Pessarbehandlung.

24. 7. 1896 Operation: Amputatio portionis. Kolporrhaphia anterior. Vesicofixatio uteri. Drainage.

Verlauf: Anfangs Fieber bis 39,2. Vom 6. Tage ab fieberfrei.

5. 8. 1896. Kein Exsudat nachweisbar. Urin vom 2. Tage ab spontan.

8. 8. 96. Kolpoperineorrhaphia. Glatter Verlauf.

21. 8. 96 entlassen.

28. 3. 1897. Keine Beschwerden. Letzte Regel Mitte Januar. Patientin kann schwere Arbeit verrichten. Gravida im 3. Monat. Uterus liegt gut. Kein abnormer Befund.

Geb.-Journ. 1897|98. Hpt.-B. 242 Geb. No. 245.

20. 9. 97. Eintritt zur Geburt.

In der Schwangerschaft zuweilen Erbrechen. Letzte Regel Mitte Januar. Erste Kindsbewegungen 27. 5.

Beckenmaasse: Spinae $24^1|_2$, Cristae $29^1|_2$, Trochanteren $31^1|_2$, Conjugata externa 18, C. diagonalis $10—9^1|_2$, C. vera ca. $8^1|_2$. Schambogen etwas verengt. Allgemein gleichmässig verengtes Becken.

25. 9. Fundus am Rippenbogen. Kopf links. Steiss rechts, Rücken hinten, kleine Theile vorn. Herztöne am Nabel. Am Damm alte Perineorrhaphienarbe. In der Scheide vorn und hinten sagittal verlaufende lineare Narben. Portio $^1|_2$ cm lang, oben hinter der Symphyse. Aeusserer Muttermund geschlossen, Kindstheil nicht zu fühlen. Ligamenta rotunda leicht divergirend, bis fast zur Nabelhöhe. Blase vollständig extrapelvin.

4. 10. 1897. Innere Untersuchung: Muttermund mehr in die Führungslinie gerückt. Innerer Muttermund derb, für den Finger durchgängig.

Aeusserlich: II. Dorso-posteriore Querlage.

10. 10. 1897. 6 h p. m. Wehenbeginn.

10. 10. 97. 10 h p. m. 0,015 Morphium.

11. 10. 97. 7 h 30 m a. m Wehen schwach, Herztöne gut rechts oberhalb des Nabels.

11. 10. 12 h 30 p. m. Blase steht, Muttermund vollständig, in der Blase kleine Theile zu fühlen.

1 h p. m. Sprengung der Blase wegen Derbheit der Eihäute nicht möglich, darum Einstich mit einem Mandrin. Narkose. Wendung. Herztöne unregelmässig, Extraction in erster Fusslage, Lösung der Arme von hinten. Veit-Smellie. Entwickeln des Kopfes in Walcher'scher Hängelage.

Alte Plastiknarbe am Damm vollständig aufgerissen. Uterus gut kontrahirt. Nachdem die Frau ins Bett gebracht ist, wird der Puls klein und langsam. Starke Schweisssekretion im Gesicht. Drei Spritzen Campher bessern den Puls nicht merklich. Andauernder Sopor. Nach $^1|_2$ Stunde Placenta exprimirt. Naht des Dammrisses. Uterus gut kontrahirt. Blutung sehr gering.

Kind: Knabe, lebend, ausgetragen, 57 cm lang, 3850 schwer.

19. X. gehen Flatus durch die Scheide ab. Bei der Untersuchung direkt hinter dem Sphincter kleine Vertiefung. Die Wundfläche des Dammrisses klafft leicht und ist fibrinös-eitrig belegt.

27. X. Abends 38,5. Keine subjektiven und objektiven Erscheinungen ausser leichter Auftreibung des Leibes und leichter Schmerzhaftigkeit der rechten Inguinalgegend. Uterus noch gross, 4 Querfinger über der Symphyse.

28. X. Fieber abgefallen, Auftreibung des Leibes verschwunden.

Entlassungsbefund: Allgemeinbefinden gut. Uterus steht 2 Querfinger über der Symphyse. Dammriss teilweise secundär geheilt, mit guten Granulationen bedeckt. In der Vagina hinter der hinteren

Commissur eine erbsengrosse Vertiefung. An den alten Narben keine Veränderung. Portio nicht vorhanden. Äusserer Muttermund geschlossen. Uterus in Anteflexio, ist beweglich, nicht schmerzhaft, an der vorderen Scheidenwand fixirt. Rechtes Parametrium frei, links neben dem Uterus ein querverlaufender, dünner, derber Strang.

Befund 1899. Uterus klein, in Anteversio, -flexio, nicht descendirt. Scheide mässig weit. Damm gut.

Fall XIII.

Gyn.-Journ. 1896/97. Hpt.-B. 216. Op.-B. 153.

Frau A. F., 33 Jahre aus Halle a. S.

1. 11. 96 aufgenommen.

Anamnese: Erste Regel mit $15^1/_2$ Jahren unregelmässig, alle 14 Tage, später regelmässig, 4wöchentlich, 2—3 Tage, schwach ohne Schmerzen. Patientin hat 2mal geboren. 1. Geburt mit Forceps beendet wegen engen Beckens. 2. Geburt 1896 lange Dauer. Wochenbett glatt. Bei der ersten Geburt Dammriss. Nach der ersten Geburt Vorfall von der Grösse eines Hühnereies, der in der 2. Schwangerschaft zurückging. Nach der 2. Geburt Verschlimmerung der Beschwerden. Ein Ring hat nie gehalten.

Status: Prolapsus uteri incompletus. Inversio vaginae. Cystocele. Elongatio colli. Retroflexio uteri mobilis.

Indication zur Operation: Grösse des Vorfalles. Grosse Beschwerden.

2. 11. 1896 Operation: Vesicofixatio uterie. Kolporrhaphia anterior. Kolpoperineorrhaphia. Drainage.

3. 11. Urin spontan. Vorher 2maliger Katheterismus. Zweimalige Temperatursteigerung über 38,0, deren Ursache ein Abscess in der linken grossen Labie ist.

18. XI. entlassen. Dammwunde per primam geheilt. Im untersten Stück der Scheidenwand eine kleine Dehiscenz. Scheidenwunde sonst verheilt. Vordere Portiowunde fest geschlossen. Uterus anteflectirt. gut fixirt.

23. 3. 97. Keine Beschwerden, Uterus liegt gut.

Poliklin.-Journ. 1897|98. No. 575.

1. 3. 98. Partus ausserhalb.

Beckenmaasse: Sp. $23^1/_2$, Cr. $27^3/_4$, Tr. $34^1/_2$, C. est. $17^1/_4$. Rhachitisch glattes Becken.

Letzte Regel Ende Mai 1897.

Wehenbeginn 28. II. 98. 6h p. m.

Temperatur 37,1. Puls 72. Wehen gut.

Kindslage: 1. dorso-posteriore Querlage. Herztöne gut. Muttermund vollständig, in der Scheide der linke Arm. Linke Schulter nach

links geschlossen. Promontorium ist zu erreichen. Zwischenknorpel zwischen erstem und zweitem Kreuzbeinwirbel springt stark vor.

Geburtsverlauf: Anschlingen des Armes. Wendung in Narkose mit der linken Hand aufs rechte Bein. Nach der Wendung Herztöne 80, bleiben so langsam. Extraction in II. Fusslage. Der hochstehende Kopf wird durch Zug (Veit-Smellie) und Druck von aussen ins Becken hineingezogen. Auf dem rechten Scheitelbein eine tiefe, löffelförmige Impression. Tiefe Asphyxie des Kindes. Silvester — Laborde — Schultze beleben das Kind in einer Stunde. Nachgeburtsperiode ohne Störung. Wochenbett glatt.

12. 6. 1898: Keine Beschwerden. Damm 4 cm hoch, jedoch nicht sehr dick. Beim Pressen wölbt sich die vordere Vaginalwand hühnereigross vor die Vulva vor. Vagina weich und schlaff, sehr bequem für 2 Finger eingängig. Vordere Vaginalwand in dem der Portio benachbartem Teile sehr straff. Portio selbst klein, $^3/_4$ cm lang. Vordere Lippe fast gänzlich verstrichen. Uterus in Anterversio, Fundus frei beweglich, nicht an der vorderen Vaginalwand adhärent. Parametrien und Adnexe ohne Besonderheiten.

Fall XIV.

Gyn.-Journ. 1897/98. No. 262/315.

Frau E. Th., 35 Jahre alt aus Eisleben.

Aufgenommen 10. 3. 1897.

Anamnese: Menses zum ersten Male mit 17 Jahren, regelmässig alle 4 Wochen, stark, 4tägig, mit Schmerzen. Patientin hat 8mal geboren, darunter 2 Aborte, und waren dies die beiden letzten Entbindungen. Grosse Schmerzen im Kreuz und Unterleib.

Diagnose: Retroflexio uteri. Retroversio III. Grades. Perioophoritis sinistra. Metritis. Catarrhus cervicis.

Indication zur Operation: Grosse Beschwerden.

11. 3. 1897 Operation: Vesicofixatio uteri. Perineorrhaphia nach Lawson Tait.

Entlassungsbefund: Gutes Allgemeinbefinden. Geringes Schwächegefühl. Aussehen blass. Ernährungszustand herabgesetzt. Operationswunden gut verheilt. Uterus in beweglicher Anteflexion.

Geb.-Journ. 1898/99. Hpt.-B. 114. Geb.-No. 109.

9. 6. 98. Eintritt zur Geburt.

20. Sept. 97 letzte Regel.

Beckenmaasse normal.

In der Schwangerschaft öfters Erbrechen und Ohnmachtsanfälle. Sie fühlt sich sehr schwach und matt. Vom 4. Monat ab Blasenbeschwerden. Sie musste häufiger als in früheren Schwangerschaften Urin lassen und zwar war dieses erschwert.

9. 6. 98. Touchirbefund: Fundus drei Finger unter dem Rippenbogen. Kopf beweglich im Beckeneingang. Steiss links im Fundus, kleine Teile links.

Rechts ligamentum rotundum bis zur Nabelhöhe sehr gut durchzufühlen. Links ebenfalls deutlich, divergirt nach aussen.

10. 6. 10 h 30 a. m. Innerlich: Dicker, derber, wulstiger Muttermund in der Führungslinie. Der kindliche Schädel liegt vor. Die Muttermundlippen dick, fleischig, wölben sich ca. 2 cm vor.

12 6. Bisher keine Wehen. Muttermund thalergross. Portio verstrichen. Blase liegt dem Kopf schlaff an.

5 h 30 p. m. wird Fruchtwasserabgang bemerkt.

13. 6. 7 h a. m. Kopf von aussen nicht mehr zu fühlen. Schwache seltene Wehen.

13. 6. 3 h p. m. Wehenbeginn.

9 h 15 p. m. Muttermund vollständig.

9 h 50 p. m. erfolgt die Geburt des Kindes spontan in II. Schädellage unter kräftigen Wehen.

Die Nachgeburtsperiode verläuft ohne Störung

Wochenbett glatt.

22. 6. 98 entlassen: Allgemeinbefinden gut. Gebärmutterstand knapp 2 Querfinger über der Symphyse. Portio tief, etwas hinter der Führungslinie. Corpus uteri gänseeigross, in Anteflexio II. Parametrien frei.

Uterus stark retroflectirt, Lactationshyperinvolution. Damm nicht ganz geheilt. Keine Senkung.

Fall XV.

Gyn. Journ. 1896/97. No. 364.

Frau Fr. K., 32 Jahre alt aus Zöberitz.

Aufgen. 16. III. 1897.

Anamnese: Menses vierwöchentlich regelmässig, ohne Beschwerden. Patientin hat 3mal geboren. Geburten verliefen normal Vor 12 Jahren Beginn des jetzt bestehenden Vorfalles. Vor ca 3 Wochen trat der Vorfall aus der Vulva heraus.

Status: Prolapsus uteri incompletus, descensus vaginae anterioris et praecipue posterioris, Rectocele.

Indication zur Operation: Hochgradige Beschwerden.

Operation: 17. III. 97. Vesicofixatio uteri. Kolporraphia anterior. Kolpoperineorrhaphia.

Verlauf: Einmaliger Katheterismus. Am 24. III. Entfernung der Dammdrähte. Wunde gut geheilt, reaktionslos.

Am 29. III. Entlassungsbefund: Guter Ernährungszustand. Dammwunde gut geheilt. Scheide eng.

12. V. 97. Uterus anteflectirt, leicht reclinirt. Entfernung der Silberdrahtnähte. Allgemeinbefinden gut.

Polikl. Geburtsh. Journ. 1898. No. 255.

Letzte Regel Ende November 1897. Erste Kindsbewegungen Mitte März 1898.

Wehenbeginn am 2. IX. 98. nachm.

Geburt am 3. IX. 98 7 h 45 p. m. nicht beobachtet. Schädellage spontan. Die Hilfe der Poliklinik wurde wegen Dammriss in Anspruch genommen.

Status: Mässige Blutung. Scheide beiderseits von der Columna hoch hinauf bis 2 cm vom Os externum eingerissen. Columna zungenförmig abgehoben. Links ein Riss von der Urethra bis zur Clitorisgegend. Rechts grosse Labie aufgerissen, lappenförmig zur Seite hängend, hochgradig blutig infiltrirt. Riss setzt sich subcutan bis nahe zum anus fort. Aeussere Hautdecke am Damm und Sphincter erhalten.

In Narkose teils fortlaufende Catgut-, teils durchgreifende Seidennähte.

Verlauf des Wochenbettes: gut.

Fall XVI.

Gyn. Journ. No. 273. 1897/98.

Frau H. S., 34 Jahre, aus Brodau.

Aufgenommen d. 29. IX. 1897.

Anamnese: Menses etwas unregelmässig, mässig stark, ohne Beschwerden. Patientin hat 5mal spontan geboren. Kinder leben. Wochenbett 3mal glatt und fieberfrei, 2mal wenig Urin, etwas aufgetriebenen Leib und Krämpfen. Das letzte Wochenbett war normal. Ausserdem hat Pat. 5 Aborte und 2 Frühgeburten durchgemacht. Seit ca. 10 Jahren Drängen nach unten, Harnverhaltung, Stuhlverstopfung.

Status: Ruptura perinei incompletas. Prolapsus uteri et retroflexio uteri. Rectocele. Elongatio colli.

Indication zur Operation: Grösse des Vorfalles. Erfolglose Ringbehandlung.

Operation: 30. XI. 97. Vesicofixatio uteri. Kolporrhaphia anterior. Kolpoperineorrhaphia.

Verlauf: Glatt, ohne jede Reaktion. Damm gut verheilt und hoch.

Am 31. XII. 1898 spontane Geburt in Schädellage. Kleiner Dammriss. Geburts- und Wochenbettverlauf glatt. Beschwerden in der Schwangerschaft bestanden nicht.

In hiesiger Frauenklinik wurde in der Zeit vom Juli 1894 bis 1. Januar 1898 bei 78 Patientinnen auf Grund oben erwähnter Indicationen auf vaginalem Wege der Uterus antefixirt. In den ersten vier Fällen wurde nach Mackenrodt ohne Eröffnung des Peritoneums in den Fällen 5—40 mit Eröffnung des Peritoneums, nach Dührssen vaginofixirt und von da ab in der oben erwähnten bei uns jetzt üblichen Weise vesicofixirt. Es trat im Ganzen bei 16 Frauen 22 mal Schwangerschaft ein. Einmal erfolgte Abort, nachdem 1 Geburt in Querlage voraufgegangen war, eine Frau ist z. Z. noch schwanger. Einmal war Einleitung der künstlichen Frühgeburt wegen Krampf nötig. Es erfolgten somit 19 Geburten rechtzeitig. Der Verlauf der Schwangerschaften selber war bei uns ein im Allgemeinen befriedigender. Allerdings haben auch wir starke Beschwerden, die häufig in der Literatur angegeben sind, und die teils als Narbenschmerzen gedeutet werden, teils als Blasenbeschwerden auftreten, zu verzeichnen. In Fall VIII und XI bestanden während der ganzen Dauer der Gravidität starke Beschwerden. In Fall X traten einige Tage Blasenbeschwerden auf, die aber nach mehrmaligem Katheterismus verschwanden. Auch bei XIV finden wir vom 4. Monat ab solche verzeichnet, die sich in häufigerem und zwar erschwertem Urinlassen äusserten. Die unter VII angegebenen „Schmerzen überall" sind wohl zum grössten Teile auf die bestehende Neurasthenie zurückzuführen. Im Übrigen verliefen abgesehen von dem Abort in Fall IV und der künstlichen Frühgeburt in Fall V die Schwangerschaften normal und zwar bis zum rechtzeitigen Eintritt der Geburt, so dass also bei uns nach Vagino- und Vesicofixatio uteri nur einmal Abort eingetreten ist, während Strassmann von 24 Conceptionen über 13 rechtzeitige Geburten, 5 zweiten Schwangerschaften und 6 Aborten also über 25% Aborte und auch Kober aus Küstners Klinik über 25% Aborte berichtet. Man hat das häufige Auftreten von Aborten nach Vaginofixationen des

Uterus dadurch zu erklären gesucht, dass man anführte, nach Fixierung der vorderen Wand sei dieselbe einer Dehnung unfähig, die umso stärkere Entfaltung der hinteren Wand aber löse durch ihre Spannung frühzeitige Wehen aus und bewirke somit eine vorzeitige Ausstossung der Frucht. Gewiss wird dies der Fall sein, wenn die gesetzten Adhäsionen derartige sind, dass sie absolut keiner Dehnung fähig sind; dies soll ja aber gerade bei der Vagino- und Vesicofixation vermieden werden, gerade darauf soll bei der Operation geachtet werden nur sero-seröse, nie aber sero-fibröse Adhäsionen zu schaffen. An unserer Klinik wurde von Anfang an stets so operirt, dass immer das Peritoneum mitgefasst wurde, infolgedessen zwischen Uterus und Scheide lag, sodass also höchstens sero-fibröse, nie aber fibro-fibröse Adhäsionen entstanden, die zu Abort hätten führen können.

Wenn Strassmann anführt: „Der Schwangerschaftsverlauf nach Vaginifixur hat 11% häufiger zu Aborten geführt. Die Pessarbehandlung leistet also mehr“, so muss dem entgegengehalten werden, dass ein Vergleich zwischen Erfolgen der Pessarbehandlung und denen nach Vaginofixationen wohl überhaupt nicht zu ziehen ist, da nach unserer Indicationsstellung eine erfolgreiche Pessarbehandlung und die kann doch nur gemeint sein, jede Operation ausschliesst.

Wie nach Geburten nach Fixirung des Uterus nach der Alexander-Adamschen Methode häufiger Recidive der Retroflexio eintreten, so hat man auch nach solchen nach Vaginofixationen oft Recidive beobachtet. Auch bei uns sind Recidive aufgetreten. Vollständig retroflektirt oder prolabirt wurde allerdings der Uterus nur zweimal gefunden. Wohl aber war häufiger ein Wiederauftreten des Descensus der vorderen oder hinteren Vaginalwand zu verzeichnen.

Bezüglich der wieder eintretenden Recidive müssen wir also gleich Strassmann zugeben, dass solche immer zu befürchten sind, namentlich wenn durch vorsichtiges Operiren auf spätere Geburten Rücksicht genommen wird.

Ich komme nunmehr auf den Verlauf der Geburten selbst zu sprechen, und will zunächst die bei der Untersuchung vor oder während der Geburt festgestellten Lagen des Kindes abhandeln.

Wir fanden:

11 mal Schädellage.
8 mal Quer- oder Schieflage.
(1 mal? künstliche Frühgeburt).

In der einschlägigen Literatur wird häufig über pathologische Kindslagen, die aus der Vaginofixation resultiren sollen, geklagt. Auch wir haben 40% nicht normale Lagen des Kindes zu verzeichnen. Dass sie sämtlich aber eine Folge der Operation, nach Rühl bedingt durch Kreuzung von Uterusachse und Beckenachse, seien, müssen wir bezweifeln; bestand doch in drei Fällen (9, 12, 13.) enges Becken, das gewiss vornehmlich Anlass zur bestehenden Querlage der Frucht gab.

Ich komme nunmehr zum Verlauf der einzelnen Geburten selbst.

Besonders lange Dauer der Geburt finden wir zunächst in Fall I, die besonders auf die vorhandene Wehenschwäche, wie auch auf die bestehende Rigidität des Muttermundes zurückzuführen ist. Nach mehrmaligen Cervixincisionen und einer grossen Scheidenspülung erfolgt schliesslich die Geburt nach 47 stündiger Dauer. In Fall II bestand gleichfalls grosse Wehenschwäche, infolgederen die Geburt, die in Vorderhauptslage vor sich ging, sich sehr lange hinzögerte.

Von den 11 sich in Schädellage befindenden Früchten wurden 10 in Hinterhauptslage, eine in II. Vorderhauptslage geboren. Zange war in keinem Falle nötig.

Bei den vier bestehenden Querlagen (4, 8, 12, 13) wurde gewendet und extrahirt und zwar einmal in der Klinik, zweimal vom Arzt ausserhalb und einmal durch die hiesige Poliklinik. In Fall VIII ist lange Dauer der Geburt, vielleicht durch spätes Eingreifen des Arztes verursacht,

verzeichnet; in Fall XIII ging die Wendung und Extraktion ohne Schwierigkeiten von statten, das Kind war aber tief asphyktisch, so dass es erst nach einstündigen Wiederbelebungsversuchen zu athmen begann. In Fall XII, in dem ein allgemein gleichmässig verengtes Becken vorlag, wurde in der Klinik gewendet und extrahirt, nachdem vorher die Sprengung der Blase wegen Derbheit der Eihäute mittels Mandrin hatte vorgenommen werden müssen.

Es bestand zugleich Wehenschwäche und Derbheit des inneren Muttermundes. Nach der Operation wurde der Puls klein und langsam, die Frau verfiel in einen ziemlich lang dauernden Sopor, von dem sie sich schliesslich wieder erholte. Bei der Entbindung war, wie später im Wochenbett durch Abgang von Flatus durch die Scheide konstatirt wurde, eine Scheidenmastdarmfistel entstanden.

Von den vier Schieflagen wurden zwei ausserhalb vom Arzte, eine in der Klinik beobachtet und entbunden. In Fall III und XI wurde gewendet und extrahirt, in ersterem Falle war das Kind tot, in letzterem hatte sich eine placenta praevia lateralis entwickelt, auf die der vom Arzte berichtete starke Blutverlust zurückzuführen ist. Als Todesursache des Kindes in Fall III konnte nichts eruirt werden, vielleicht wurde, wie das ja in der Praxis so oft vorkommt, der Arzt erst spät zur Geburt geholt, oder er selbst hielt zu lange mit der Operation hin.

Weit ernster und erschwerter als alle übrigen Entbindungen war der Geburtsverlauf des Falles IX. Ihn können wir den von Rühl mit dem Namen „typische Vaginofixationsgeburten“ belegten Fällen anreihen. Ich habe dieselben, die von Strassmann und Rühl veröffentlicht sind, schon oben erwähnt.

Wenn auch in diesem Falle eine Verengung des Beckens vorlag, so müssen wir die vorgekommenen Störungen des Geburtsverlaufes einzig und allein auf die stattgehabte Vaginofixation des Uterus zurückführen.

Ich will zunächst kurz noch einmal den Befund rekapituliren. Äusserlich war der Uterus ungefähr zwei Finger den Nabel überreichend zu fühlen. Die Wehen waren schmerzhaft und kräftig.

Bei der inneren Untersuchung fand man die vordere Muttermundlippe schürzenförmig in die Scheide herabhängend, die hintere nahezu verstrichen. Links und hinten gehen Cervix- und Uteruswand ohne Abgrenzung in eine Ebene über. Nach rechts und vorn dagegen ist die Cervix- zur Uteruswand in einem solchen spitzen Winkel abgesetzt, dass eine halbmondförmige, scharfrandige Kante die Grenze des inneren Muttermundes nach rechts und vorn darstellt. Der äussere Muttermund befindet sich nahezu in der Ebene des Beckeneingangs. „Man erhält, so heisst es im Protokoll, den Eindruck, als ob die Entfaltung der vorderen Wand und ihre Auslösung aus der Fixation in spitzwinkliger Anteflexion durch die harten fühlbaren Narben verhindert sei. So entstand eine sehr straffe Entfaltung der hinteren Wand und des Fundus, und eine sackförmige Ausbuchtung des Organs nach rechts und vorn, in dem sich kleine Teile befanden. Dieser abnorme Befund, den auch Strassmann und Rühl in ihren oben angeführten Fällen fanden, ist bei den elf übrigen Geburten nach Vaginofixation nie bemerkt. Wir müssen für diesen Fall zugeben, dass die Adhäsionen, die bei der Operation gesetzt wurden, zu innige waren, die nicht imstande waren sich zu dehnen, geschweige sich zu lösen. Nachdem also dieser Befund, zu dem noch bemerkt sei, dass der Kopf des Kindes links auf der Darmbeinschaufel stand, konstatirt war, wurde wegen Stillstand der Geburt und Schieflage nach Sprengung der Blase die Wendung versucht, die jedoch wegen der Unbeweglichkeit der Frucht misslang. Diese Unbeweglichkeit des Kindes ist zurückzuführen auf den aussergewöhnlichen Hochstand der Cervix und die allzugrosse Entfaltung der hinteren Wand, die die Frucht fest umschnürte.

Bei weiteren vergeblichen Wendungsversuchen fiel die Nabelschnur vor, und die Placenta begann sich zu lösen.

Das Kind machte intrauterine Athembewegungen und starb rasch ab. Decapitation wäre wegen der abnormen Höhe unmöglich gewesen, infolgedessen wurde die Wendung nach Busch auf den Kopf gemacht und wenn auch mit ziemlicher Schwierigkeit perforirt.

Rühl gebraucht für dergleichen Geburtsstörungen die Bezeichnung „typische Vaginofixationsgeburten" und meint, für sie seien charakteristisch divertikelartige Vorwölbung der vorderen Uteruswand, Hochstand der Cervix und Rigidität des Muttermundes. Es ist einleuchtend, dass, wenn bei der Operation zu feste Adhäsionen, also fibro-fibröse gesetzt werden, an eine Entfaltung der vorderen Uteruswand kaum zu denken ist Die Entfaltung der hinteren Uteruswand muss also eine compensatorische sein, dadurch wird dieselbe natürlich viel gespannter als normal und bewirkt eine Unbeweglichkeit der Frucht.

Die vordere Wand nimmt zwar an der Schwangerschaftshypertrophie teil, wird aber dadurch dass ein höher gelegener Teil fixirt ist, sich sackförmig ausbuchten. In diese Ausbuchtung kommt dann ein Kindsteil zu liegen, die Cervix wird nach hinten und oben steigen und so die spontane Geburt unmöglich machen, die künstliche Entbindung zum mindesten erschweren.

Diesen Befund wird man stets da haben, wo eben feste Adhäsionen geschaffen wurden. Wir haben aber schon mehrmals betont, dass wir gerade auf Schaffung von sero-serösen Adhäsionen das Gewicht gelegt haben und immer legen werden. Nur so können eben diese typischen Vaginofixationsgeburten vermieden werden.

Den Grund für die nur in diesem einzigen Falle vorgekommenen allzu festen Adhäsionen müssen wir in einem wenn auch nur geringen Zerfetzen der Uteruswand durch Ausreissen der Seidenzügel suchen, wodurch gerade die Adhäsionen fibro-fibröse wurden.

Um das Ausreissen der Seidenzügel beim Hervorziehen des Uterus und damit ein wenn auch nur geringes Zerfetzen der Uteruswand zu vermeiden, verwendet Herr Prof. Fehling jetzt nicht mehr Seidenzügel, sondern kleine, dazu eigens konstruirte Zangen, die fast nie ausreissen und somit eine Verletzung der Uteruswand herbeiführen, durch die die Adhäsionen zu feste werden könnten.

Ähnlich verhält es sich mit dem von Strassmann geschilderten Falle Krahn. Bei der Operation wurde ein hühnereigrosses an der Wand sitzendes und ein erbsengrosses am Fundus sitzendes Myom entfernt, und wenn auch nur der Fundus fixirt und das Geschwulstbett extraperitoneal gelagert wurde, so ist es dennoch im höchsten Grade wahrscheinlich, dass fibro-fibröse Verwachsungen zu stande kommen, die den äusserst schweren Geburtsverlauf, der für die Patientin tötlich endete, bedingten.

Auch in dem von Rühl erwähnten ersten Falle wurde bei der Operation durch Trennung der Adhäsionen eine wenn auch nur leicht blutende Fläche gesetzt, die undedingt zu fibro-fibrösen, d. h. sehr festen Adhäsionen führen musste. Also auch hier ist divertikelartige Vorwölbung der vorderen Wand, Hochstand der Portio und Rigidität des Muttermundes durch die Art der Adhäsionen erklärt.

Man kann sich nun fragen, wie soll man in dergleichen Fällen geburtshilflich vorgehen. Hätten wir nicht, anstatt zu perforiren, eine andere entbindende Operation wählen können, um vielleicht ein lebendes Kind zu erzielen?

Die zuerst in Betracht kommende Operation war natürlich die Wendung, die auch versucht und mit Recht wiederholt versucht wurde. Dass dabei die Nabelschnur vorfiel, und die Placenta sich zu lösen begann, ist ein unglücklicher Zufall, dem das Kind zum Opfer fiel.

Wären nach vergeblichen Wendungsversuchen die Herztöne des Kindes gut gewesen, dann hätte die sectio caesarea in Frage kommen können.

Rühl giebt in seiner Abhandlung „Die Anatomie und Behandlung der Geburtsstörungen nach Antefixirung des Uterus“ ein Verfahren an, das er den vorderen Uterus-Scheidenschnitt nennt, und das in einer Spaltung des das Becken überbrückenden und der Geburt hindernden Gewebes besteht. Sofort nach der Incision werden die Wundränder für sich mit Catgut umstochen, sodass die Bauchhöhle vollkommen abgeschlossen und eine ev. Blutung sofort gestillt wird. Nach erfolgter Geburt wird der Schnitt für sich wieder vernäht.

Es scheint dies Verfahren in ähnlichen Fällen wie dem unsrigen eine weniger gefährlichere und eingreifendere Operation als die Sectio caesarea zu sein, zumal nach einem von Strassmann berichteten Falle beim Hervorwälzen des Uterus beim Kaiserschnitt eine Uterus-Scheidenruptur infolge der festen Adhäsionen zwischen Uterus und Scheide durch intraabdominale Blutung zum Tode führen kann. Rühl verspricht sich von seinem vorderen Uterusscheidenschnitt die besten Erfolge und will die Sectio caesarea bei den sogenannten typischen Vaginofixationsgeburten durch ihn ersetzt wissen. Nach ihm ist der vordere Uterus-Scheidenschnitt indicirt, „sobald sich durch genaue Beobachtung und trotz möglichster Unterstützung des Geburtsvorganges die Unmöglichkeit der Wendung oder Perforation herausgestellt hat.“ Wenn auch scheinbar der vordere Uterusscheidenschnitt ein ziemlich harmloser Eingriff ist, so bestehen doch ernstere Gefahren, nämlich Luftembolie bei Verletzung der Placenta oder grösserer Gefässe, Blutungen und Sepsis infolge Verlagerung der Uteruswunde in der Scheide. Allerdings bestehen diese Gefahren zum Mindesten im gleichen Maasse bei d r sectio caesarea.

Dührssen führt die oben angeführten Geburtstörungen auch auf falsche Ausführung der Operation zurück und meint, dass durch isolirten Schluss der gesetzten peritonealen Öffnung sehr wohl ähnliche Zufälle zu vermeiden

sind. Hochstand der Portio, mangelhafte Erweiterung der Cervix und divertikelartige Vorbuchtung der vorderen Wand seien gar nicht charakteristisch für Vaginofixationsgeburten, vielmehr habe man dieselben auch bei Ventrofixationsgeburten beobachtet. Bei leichteren Geburtsstörungen obiger Art empfiehlt er Einlegen eines Kolpeurynters in dem Uterus, bei ernsteren den von ihm erfundenen vaginalen Kaiserschnitt, der folgendermassen ausgeführt wird: Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes, Lospräpariren der Blase von der Cervix und hinten des Douglas von der hinteren Uteruswand, Spaltung der vorderen und hinteren Uteruswand bis über den inneren Muttermund hinaus, Entwickeln des Kindes.

Inwieweit alle diese Verfahren bei typischen Vaginofixationsgeburten berechtigt sind, lasse ich dahingestellt. Jedenfalls können wir schon jetzt behaupten, dass bei dem von Herrn Prof. Fehling jetzt geübten oben beschriebenen Operationsverfahren der Vesicofixation in Zukunft Störungen oben geschilderter Art nicht zu erwarten sind.

Man hat weiter zu Ungunsten der Vaginofixation angeführt, dadurch dass der vorliegende Teil nicht in das Becken eintreten könne, resultire Nabelschnurvorfall. In unseren 20 Fällen ist die Nabelschnur einmal vorgefallen und zwar erst nach mehrmaligen Wendungsversuchen in in dem oben beschriebenen Fall IX. Kober berichtet aus der Breslauer Klinik 2 mal über Nabelschnurvorfall, ferner wurde er einmal von Strassmann, einmal von Gessner und 2 mal von Rühl beobachtet.

Die Nachgeburtsperiode verlief, soweit die Fälle in der Klinik oder Poliklinik beobachtet wurden, ohne Störung. Der Uterus war gut kontrahirt, Blutungen kamen nicht vor.

Fieberhaftes Wochenbett haben wir in Fall II und XII zu verzeichnen. Im ersten Falle handelte es sich um eine Parametritis dextra, die jedenfalls durch Infection infolge langer Geburtsdauer zu stande gekommen ist, in letzterem Falle um ein leichtes Fieber, das nach mehreren Tagen

wieder abfiel. Die übrigen Wochenbetten verliefen glatt. Der Uterus war meist gut involvirt und anteflectirt; häufiger allerdings war wenn auch nur leichter Descenus der vorderen oder hinteren Vaginalwand nach den Geburten wieder eingetreten.

Die Kinder waren sämtlich ausgetragen, 18 lebten, 2 waren tot (1 mal Perforation, 1 mal Todesursache unbekannt.

Wenn wir also nach unserem Material bei 78 mit Vaginofixation behandelten Patientinnen 22 mal Schwangerschaft eintreten sahen, von denen 19 rechtzeitig endigten — eine Frau ist zur Zeit noch schwanger — einmal trat Abort ein und einmal war Einleitung der künstlichen Frühgeburt nöthig, und nach obigen Darlegungen abgesehen von Fall IX auch keine so ernsten Geburtsstörungen sahen, wie man sie für Vaginofixationsgeburten geradezu als charakteristisch hingestellt, so können wir behaupten, dass das conceptionsfähige Alter keine Contraindication für Vaginofixation des Uterus ist, nur muss, und das ist immer wieder zu betonen, bei der Operation darauf geschehen werden, dass nur seröse Flächen zur Vereinigung kommen. Wird darauf nicht genügend geachtet, und kommen feste Adhäsionen zu stande, nun dann kann sich natürlich die vordere Wand nicht entfalten, und Vorkommnisse oben geschilderter Art sind die unabwendbare Folge.

Ich will nun kurz auf die Geburten nach Ventrofixation und nach der Alexander-Adam'schen Methode eingehend diese und die nach Vaginofixation vergleichen und Vorteile und Nachteile beleuchten.

Es ist zuzugeben, dass das Alexander-Adam'sche Verfahren, da es dem Uterus nahezu seine physiologische Haltung giebt, ohne ihn irgendwo zu befestigen, ein ideales wäre, wenn nicht namentlich bei Entstehung von Dammrissen sub partu öfter Recidive eingetreten wären.

Auch Frühgeburten und Aborte sind nach dieser Operation nicht ausgeblieben, so berichtet Grusdew aus

der Kieler Klinik von 23 Conceptionen über drei Frühgeburten und zwei Aborte. Als Schwangerschaftsbeschwerden finden wir starke Schmerzen in der Inguinalgegend angeführt. Über Geburtsstörungen finden wir in der Literatur nichts.

Anders schon bei Geburten nach Ventrofixation, hier sind pathologische Lagen häufig; oft musste Zange angelegt werden, da durch die hohe Fixationsstelle die Wehenthätigkeit ungünstig beeinflusst wurde. Gouburaff fand in einem Falle die Adhäsionen so fest, dass er sie mit der Scheere trennen musste, und da die Blutung nicht zu stillen war, er sich zur Sectio caesarea entschliessen musste. Auch von Aborten, von der Notwendigkeit der Sectio caesarea und Perforation finden wir in der Literatur Fälle, auf die ich hier nicht näher eingehen will. Häufig wird, ähnlich den Vaginofixationsgeburten, über Hochstand und mangelhafte Dislocirbarkeit der Cervix Klage geführt. Sehr schwere Zufälle hat man in der Nachgeburtsperiode erlebt, in der dadurch dass der Uterus durch die hohe Fixationsstelle nicht im stande war, sich zu kontrahiren, sehr schwere Blutungen eintraten, wie einen Fall derart Strassmann berichtet.

Halten wir dem zunächst die Vorteile unserer Methode der Vagino- resp. Vesicofixation entgegen, so ist im Vergleich zur Alexander-Adam'schen Methode zu sagen, dass letztere nicht den fixirten Retroflexionen zugänglich ist, zudem sind auch bei ihr Recidive häufiger. Sie hat allerdings den grossen Vorzug, dass bei ihr nie Geburtsstörungen beobachtet sind.

Der Ventrofixation gegenüber hat die Vaginofixation den Vorteil, dass sie die Laparotomie umgeht. Geburtsstörungen, zum Teil sehr ernste, sind bei beiden vorgekommen, nach Vaginofixation vielleicht öfter.

Betont man aber immer wieder, dass bei der Operation nur sero-seröse Adhäsionen zu schaffen sind, dass also vielleicht in der oben geschilderten Weise der Vesico-

fixation verfahren wird, so sind wenig oder keine Geburtsstörungen zu befürchten.

Wenn daher viele Operateure die Vagino- resp. Vesicofixation im conceptionsfähigen Alter überhaupt nicht angewendet wissen wollen, so glaube ich nach den Erfahrungen, die wir an hiesiger Klinik gemacht haben, dass die Operation in jedem Alter ausgeführt werden kann, zumal wenn, um das noch einmal zu wiederholen, bei Frauen, die im conceptionsfähigem Alter stehen, dadurch gebührend Rücksicht auf spätere Geburten genommen wird, dass nur seröse Flächen zur Verklebung gebracht werden.

Zum Schluss sei es mir vergönnt, Herrn Prof. Fehling für die bereitwillige Überlassung der Arbeit, sowie Herrn Prof. v. Herff für die gütige Unterstützung bei Abfassung derselben nochmals an dieser Stelle meinen gebührenden Dank auszusprechen.

Literatur.

Hohl, Bericht über 60 Vaginofixationen des Uterus aus der Universitäts-Frauenklinik zu Halle a. S.

P. Müller, Über Vaginofixation des retrovertirten Uterus.

Ruschbeck, Zur operativen Behandlung der Retroflexio uteri aus der königl. Frauenklinik zu Dresden.

Stankowski, 15 Vaginofixationen (nach Dührssen) Diss.-Inaug. 1895. Greifswald.

Rühl, Über die Berechtigung und Technik der operativen Behandlung der Gebärmutterrückwärtsbeugungen.

Rühl, Die Anatomie und Behandlung der Geburtsstörungen nach Antefixirung des Uterus. Berlin 97.

Löhlein, Zur Ventrifixation der Gebärmutter 3. Heft. Gynaekolg. Tagesfragen.

Grusdew, Zur Statistik der Geburten nach Antefixatio uteri. Aus der Kieler Frauenklinik.

Mackenrodt, Die Vesicofixatio uteri.

Strassmann, Zur Kenntniss des Schwangerschafts- und Geburtsverlaufes bei antefixirtem Uterus.

Philippi, Über Vaginofixation der Gebärmutter. Diss.-Inaug. Basel 96.

Kober, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett nach antefixirenden Operationen. Diss.- Inaug. Breslau 97.

Lebenslauf.

Ich Reinhold Karl Barthel wurde am 3. Mai 1875 als Sohn des Mühlenbesitzers Friedrich Reinhold Barthel und seiner Ehefrau Emma Amalie geb. Kindler geboren. Ich bin evangelischer Konfession. Von meinem 6—8 Jahre besuchte ich die Volksschule, hierauf bis Ostern 1886 die Privatschule meines Heimathortes. Mit letztgenanntem Termin siedelte ich auf das Gymnasium zu Sangerhausen über, das ich Ostern 1894 mit dem Zeugnisse der Reife verliess. Ich studirte hierauf Medizin in Halle a. S. Am 2. März 1896 bestand ich das tentamen physicum, genügte meiner Militärzeit mit der Waffe vom 1. Oktober 1896 bis 1. April 1897 beim III. Bataillon Magdeburgischen Füsilierregiments Nr. 36 und beendete das Staatsexamen am 27. Juni 1899. Das Examen rigorosum bestand ich am 21. Juli 1899. Augenblicklich leiste ich meine Restdienstzeit als Einjährig-Freiw. Arzt beim III. Bat. des 3. Magdeburgischen Infanterie-Regimentes Nr. 66. ab.

Während meiner Studienzeit hörte ich die Vorlesungen folgender Herren:

Bernstein, v. Bramann, Braunschweig, Disse, Dorn, Eberth, Eisler, Fehling, Fränkel, Grenacher, Haasler, v. Hippel, Hitzig, v. Herff, Harnack, Kraus, Leser, v. Mering, Oberst, Roux, Reineboth, Sandmann, Sobernheim, Volhard, Weber, Wollenberg.

Allen diesen Herren, meinen hochverehrten Lehrern, nochmals an dieser Stelle meinen herzlichsten Dank.

Thesen.

I.

Das conceptionsfähige Alter der Frauen ist keine Contraindication für operative Behandlung hochgradiger Retroflexionen und Prolapsus uteri mit Vesicofixation.

II.

Bei Schussverletzungen ist jede Sondirung des Schusskanals unbedingt zu vermeiden.

III.

In der Schule sind den Kindern Sitzplätze anzuweisen, die ihrer Körpergrösse entsprechen: Die Kinder sind also nach ihrer Grösse und nicht nach ihren Leistungen zu setzen.